

A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública

Joaquim Filipe Ferraz Esteves de Araújo

Universidade do Minho

Introdução

A inabilidade das instituições públicas em gerir a crise fiscal e económica que se verificou na década de 70, e as pressões contra a dimensão do Estado levou a que os Governos dos países ocidentais adoptassem instrumentos de reforma do sector público mais radicais. Os problemas financeiros dos governos, a necessidade imperiosa de abrandar a taxa de crescimento dos gastos públicos, a incapacidade de controlar uma Administração cada vez mais gastadora e ineficiente, o descrédito em relação às organizações públicas e as expectativas dos cidadãos em relação à qualidade dos serviços públicos são factores que pressionaram as reformas nesta altura (Pollit, Bathgare, Smullen e Talbot, 2000).

O modelo tradicional de organização e fornecimento de serviços públicos foi incapaz de inovar e lidar com a crise que existia na altura. A incapacidade das organizações públicas tradicionais para lidar com os problemas emergentes levou à adopção de novas formas de governação baseadas em modelos mais liberais. A classe política estava decidida em reduzir as fronteiras do Estado através de políticas de contenção das despesas. O controlo e o rigor das despesas públicas surgem como uma preocupação generalizada por parte dos governos para recuperar a confiança dos cidadãos. A ideia era fazer menos, mas fazer aquilo que o governo queria fazer, preferencialmente através do sector privado.

A reforma da gestão pública foi uma consequência da crise do Estado de Welfare mas também uma crise de instituições. “Os constrangimentos económicos impuseram ajustamentos nas políticas... mudanças no funcionamento interno das organizações públicas... introdução de métodos alternativos de fornecer serviços públicos” (Araújo, 2002:60). Não há dúvida de que os factores que tiveram mais influência na reforma da gestão pública foram os factores económico-financeiros (Kickert, 1997).

Este artigo faz uma análise das alterações ocorridas no modelo de gestão

pública, em particular a sua implicação na estrutura tradicional da Administração Pública, e a influência na mudança na gestão dos serviços de saúde em Portugal.

Do controlo hierárquico para o controlo gestor

A corrente da nova direita e as teorias económicas influenciaram o movimento de reforma administrativa contribuindo para a sua orientação neo-liberal. Esta influência traduziu-se numa nova abordagem aos problemas do sector público e na procura de soluções enfatizando a eficiência, a eficácia e economia. Estas ideias assumem que as práticas de gestão do sector privado são superiores às práticas de gestão do sector público e portanto a reforma deveria ser orientada pelos modelos e técnicas do sector privado. Existe nesta fase uma preocupação em actuar sobre o modelo de gestão existente, procurando ultrapassar os problemas de ineficiência interna das organizações públicas. Segundo Hoods (1991) a nova gestão pública caracteriza-se pelos seguintes elementos:

- ✓ A entrada no sector público de gestores profissionais provenientes do sector privado, procurando desta forma a profissionalização da gestão e uma orientação para as técnicas de gestão;
- ✓ A definição de medidas e padrões de desempenho com objectivos mensuráveis e claramente definidos;
- ✓ .A preocupação com o controlo dos resultados enfatizando a necessidade de insistir nos resultados e não nos processos;
- ✓ A desagregação de unidades do sector público dividindo grandes estruturas em unidades mais pequenas recorrendo a formas inovadoras de organização das actividades;

- ✓ A introdução de factores que promovam a concorrência no sector público, nomeadamente com a contratação, procurando com isto baixar custos e melhorar a qualidade da prestação dos serviços;
- ✓ A ênfase nos estilos e práticas de gestão do sector privado, introduzindo modelos que flexibilizam a gestão;
- ✓ A ênfase em maior disciplina e parcimónia na utilização de recursos, cortando nos custos e procurando maior eficiência e economia.

Mais do que a introdução de um conjunto de técnicas de gestão, a nova gestão pública implica a introdução de novos valores e de uma cultura administrativa virada para os resultados e indutora da eficiência e economia. Mas a busca de um novo modelo de gestão pública foi para além das questões intra-organizacionais pois procurou alterar as instituições e introduzir novas formas de fornecer bens e serviços. Na verdade, assistiu-se a um vasto programa de privatização e à abertura à iniciativa privada de sectores tradicionalmente detidos pelo Estado.

A estrutura tradicional da Administração

Tradicionalmente a organização das actividades do Estado faz-se de acordo com o modelo weberiano de organização, baseado na divisão vertical do trabalho, na distribuição da autoridade ao longo da hierarquia, concentrando no topo da organização a responsabilidade por todas as acções. O recurso à hierarquia é a solução que permite a supervisão e o controlo das actividades e tarefas. As actividades são organizadas de acordo com uma hierarquia de autoridade formal e de acordo com um sistema impessoal de regras. Na concepção tradicional de organização burocrática de Max Weber a coordenação hierárquica caracteriza-se pela definição de áreas de actuação, relações do tipo superior-subordinado e confiança nas regras e nos registos. A cadeia hierárquica permite implementar e desenvolver actividades e manter um controlo centralizado das mesmas. Subjacente ao modelo está a ideia de poder e autoridade, cuja amplitude pode variar e distribui-se ao longo da escala hierárquica. O modelo assume que os

funcionários implementam passivamente e de forma eficiente e efectiva as políticas do governo. É geralmente aceite que estas características são adequadas para a natureza das actividades do governo. Controlo hierárquico, continuidade e estabilidade, carreira, regulamentos internos, imparcialidade e conformidade com as normas são algumas características evidenciadas.

Os ministros controlam o sistema administrativo através da hierarquia, numa abordagem *top-down*. Estamos perante uma forma de coordenação e controlo directo feita através da ordem administrativa, de acordo com uma série de regras. A natureza centralizada dos ministérios e a sua estrutura hierárquica permitem o controlo dos recursos, objectivos e a forma como estes devem ser geridos: recrutamento, demissões, remuneração e organização das actividades. Em último caso, os ministros são responsáveis pela actividade do sistema administrativo. O modelo hierárquico tem subjacente reduzida flexibilidade no processo de decisão e uma contínua relação com os níveis superiores da hierarquia para qualquer acção ou decisão a tomar, sobrecarregando os níveis superiores da hierarquia.

As limitações da coordenação e controlo através da hierarquia resultam da preocupação com as normas e as regras em vez da produção de resultados ou da satisfação dos utentes. O principal argumento contra este modelo refere que a ausência de avaliação de resultados, quer em termos do volume de serviço fornecido (output) ou em termos dos resultados do serviço fornecido (outcome) irá necessariamente conduzir a uma gestão ineficiente. O funcionamento das organizações burocráticas e hierarquizadas é muitas vezes gerador de disfunções que afectam o seu desempenho. As linhas excessivas de gestão, a falta de transparência e de responsabilização, a ausência de incentivos à iniciativa e inovação, o desenvolvimento de uma cultura mais preocupada com os procedimentos do que com o desempenho, são alguns dos problemas geralmente mencionados na literatura que se debruça sobre o estudo das organizações. Por outro lado, segundo alguns autores, a ausência de preços e de mecanismos de mercado priva os decisores de informação vital para tomar decisões adequadas (Walsh, 1995). A falta de informação clara sobre o fornecimento de serviços públicos e a ausência de incentivos para controlar os custos, são duas questões críticas no aumento das despesas públicas. Estes problemas, associados às pressões de reforma e às considerações de ordem ideológica, estiveram na base de reformas radicais na Administração Pública (Araújo, 1998).

A necessidade de possuir mais informação e maior controlo sobre o funcionamento e o custo dos serviços esteve na origem da procura de formas alternativa de fornecimento dos serviços públicos. De acordo com algumas teorias¹ não existe nas formas tradicionais de organização dos serviços públicos um sistema de incentivos² que promova a eficiência. Na ausência de mecanismos de mercado, preços, contratos ou outros instrumentos de tipo mercado, os responsáveis pela gestão dos serviços públicos não têm incentivos para serem eficientes. Uma forma de superar estas dificuldades consistiu em separar a responsabilidade pelo desenvolvimento das políticas, da responsabilidade pela implementação das mesmas, transferindo maior autonomia para os responsáveis pela gestão. Assim, foram criados serviços autónomos ou quase-autónomos conferindo aos gestores liberdade de decisão sobre o funcionamento dos serviços. A forma tradicional de controlo foi substituída por um tipo de controlo que representa a transição entre uma estrutura de comando e um largo mercado. “Os antiquados departamentos serão divididos em pequenos centros de formulação de políticas e as actividades operacionais serão transferidas para um conjunto de serviços satélites que irão implementar as políticas” (Jordan, 1992:1). A reforma visou a criação de serviços que operam numa nova estrutura tendo em vista o aumento da eficiência, da eficácia e da economia.

Assistiu-se, em vários países ocidentais, à substituição de estruturas hierárquicas por novas formas de coordenação de actividades baseadas em contratos ou quase-contratos. Os contratos substituíram as relações entre serviços públicos baseadas na hierarquia, alegando-se que assim haveria mais responsabilização, menores custos e maior qualidade no fornecimento dos serviços. Sendo certo que o recurso a contratos na Administração Pública não é uma novidade, a verdade é que a sua utilização em áreas tradicionalmente coordenadas por relações de dependência hierárquica introduziu importantes mudanças estruturais e culturais na Administração Pública.

Com o recurso a contratos dá-se a fragmentação da estrutura administrativa em

¹ - Nomeadamente o Novo Institucionalismo Económico.

² - Sistema de incentivos é o conjunto de mecanismos que levam os agentes a uma determinada conduta, que neste caso se pretende conduza à eficiência dos serviços.

pequenos e quase-autónomos serviços alterando o relacionamento entre os diferentes actores, enfatizando os resultados, a avaliação e o controlo. A ideia de administração por contrato é utilizada para referir as características de gestão do sector público resultantes do desenvolvimento de novos relacionamentos no seu seio. Este baseia-se na ideia nuclear de quebrar a hierarquia como modelo de comando e estabelecer um relacionamento mais flexível através da delegação do centro para uma subsidiária ou uma organização autónoma do sector público ou do sector privado através de um contrato (Harrison, 1993). O elemento essencial neste modelo consiste na divisão da responsabilidade entre o financiamento e o fornecimento. Numa relação contratual o governo retém a responsabilidade de financiar o fornecimento do serviço ou o produto, mas delega a autoridade da produção/prestação a uma organização pública ou privada. Este modelo baseia-se na teoria do principal-agente na qual o governo como principal estabelece um contrato que induza o contratado, como agente, a ter um comportamento de acordo com os desejos do governo.

O governo decide o que quer, elabora um contrato em que especifica as características dos serviços ou bens a fornecer, define os objectivos, e procura alguém que se comprometa a realizar esses objectivos ao mais baixo custo. Este é um mecanismo pelo qual os governos procuram beneficiar da eficiência inerente ao mercado. Com isto dá-se a fragmentação da estrutura administrativa quebrando os princípios organizacionais da hierarquia ou da integração vertical, típica do sector público, para uma estrutura de fornecimento de serviços baseada em relações contratuais. A separação entre comprador e fornecedor/prestador de serviços com o recurso a contratos ou quase-contratos para coordenar as actividades de fornecimento de bens e serviços introduz uma forma de coordenação de tipo mercado. O contrato não só reflecte um processo de afectação de recursos típico de uma relação de mercado, como também conduz à reformulação das relações dentro do sector público. Estas passam a ser balizadas pelos termos definidos no contrato.

A introdução dos contratos não é uma simples substituição de uma estrutura de gestão por outra. Ela não se confina a mudar a linha hierárquica de comando e substituí-la por contratos. A introdução de contratos tem implicações importantes na forma como o governo funciona e se articula com as outras organizações. Em primeiro lugar, há um deslocamento das considerações políticas para uma abordagem mais gestionária que consiste em assegurar o fornecimento eficiente dos serviços públicos. A administração

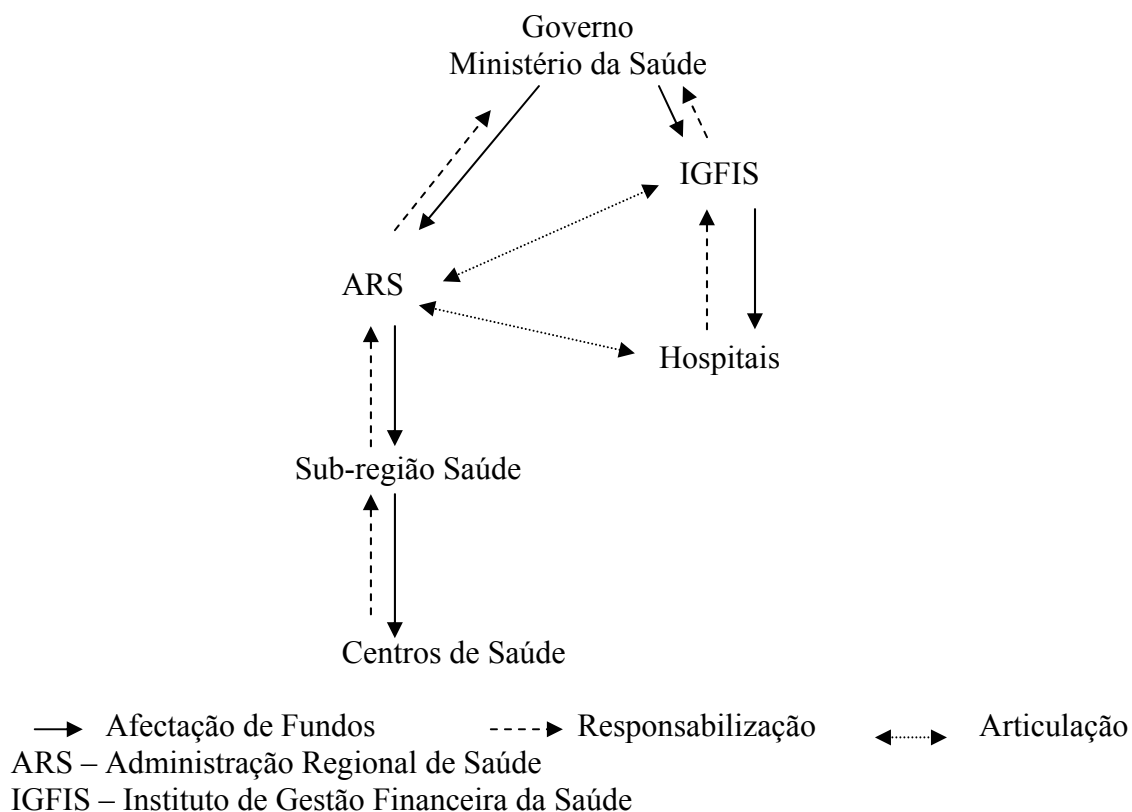
por contratos transforma o governo num comprador altamente qualificado, utilizando os vários produtores de forma a alcançar os objectivos políticos. Em segundo lugar, a elaboração dos contratos e a especificação daquilo que os serviços devem fazer não é só uma mudança na gestão, também implica uma mudança na forma como as decisões de política são tomadas. A contratação implica saber o que comprar (a especificação do produto ou serviço), a quem comprar (a existência de concurso público), como comprar (a escolha entre um preço fixo ou o custo mais o lucro ou uma solução intermédia), a duração do contrato e a frequência de nova contratação, o sistema de fiscalização e cumprimento do contrato.

Um dos efeitos desta mudança consiste na substituição de um único fornecedor/prestador por uma pluralidade possível de fornecedores/prestadores. O fornecimento de bens e serviços faz-se com o recurso a contratos estabelecidos com aqueles fornecedores que apresentem um preço mais baixo. O governo passa então a ser o núcleo de uma constelação de organizações responsáveis pelo fornecimento de serviços públicos e que se relacionam numa base contratual (Araújo, 2000). Esta é a lógica subjacente à reforma actual do SNS.

A nova gestão pública na reforma do SNS

O SNS criado em 1979 baseia o seu funcionamento no modelo da Administração Pública Portuguesa: propriedade pública dos hospitais e centros de saúde, orçamento financiado pelo Governo e pessoal integrado no regime da Função Pública. A sua estrutura, forma de funcionamento e de financiamento fundamentam-se, basicamente, no modelo hierárquico (ver Figura 1). Tal como ocorreu noutros países em que o acesso aos cuidados de saúde é universal e gratuito também em Portugal houve a expansão dos serviços de saúde, com influência no peso orçamental dos gastos com a saúde.

Fig. 1 -Modelo Actual do Financiamento do SNS



A inabilidade do poder político em introduzir as reformas necessárias à correcção das disfunções deste modelo levou a que o SNS apresentasse graves problemas de funcionamento, originado elevado défices. A preocupação com contenção dos gastos de saúde e com a eficiência do sistema têm sido questões centrais dos políticos nos últimos anos, mas cujas medidas para inverter esta situação têm sido um fracasso. A este respeito, Delgado (2002) caracteriza a situação do SNS da seguinte forma:

- ✓ Recursos materiais e humanos insuficientes;
- ✓ Subaproveitamento da capacidade instalada, desmotivação e falta de incentivos;
- ✓ Acesso difícil aos cuidados de saúde com extensas listas de espera para consultas e cirurgias e muito burocratizado;

- ✓ Qualidade do atendimento em termos de conforto, informação e pontualidade mau, pese embora a qualidade do atendimento técnico seja boa;
- ✓ Crescimento das despesas de saúde sem controlo e sem o correspondente aumento de produtividade e qualidade;
- ✓ Reduzida eficiência dos recursos utilizados; ./ Falência técnica dos cuidados de saúde primários, que se traduz na transferência de utentes para os hospitais (as urgências atendem cerca de 10 milhões de utentes por ano);
- ✓ Descontrolo no tempo de serviço prestado e pago;
- ✓ Despesas com medicamentos que representam quase o dobro dos valores que se observam para outros países da OCDE;
- ✓ Gestão dos hospitais pouco profissional;
- ✓ Mecanismos de controlo e supervisão do SNS desactualizados e ineficazes;

O sistema tem sido capaz de resistir às sucessivas medidas de racionalização que na sua maioria procuram aperfeiçoar os mecanismos existentes.

A actual proposta de reforma assenta numa abordagem mais radical na qual o governo parece determinado em alterar o seu papel de prestador para passar a ser um gestor do ‘mercado’. Abdicando da sua função prestadora ele passa a ser um financiador do SNS, contratualizando os serviços de saúde. Assim, a reforma orienta-se fundamentalmente para duas áreas de intervenção: a introdução de métodos de gestão privadas nos hospitais e a criação de um quase-mercado através de contratos.

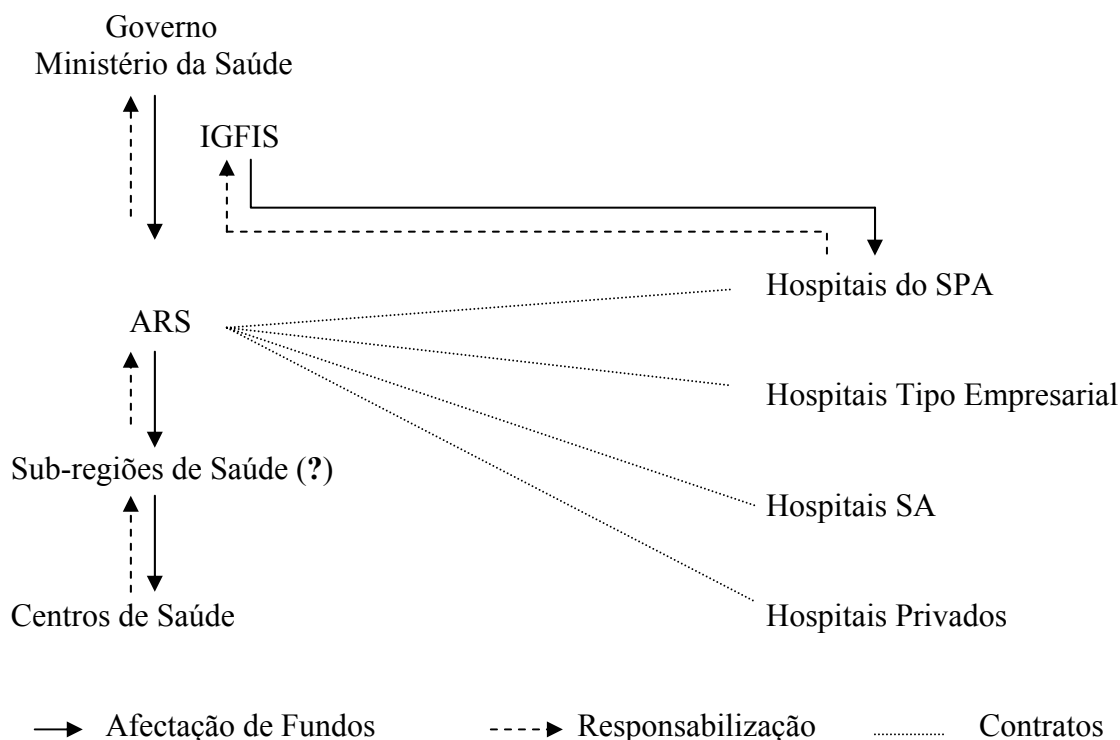
A contratação e a criação de um quase-mercado

O novo modelo do SNS procura promover a eficiência do sistema através da criação de um quase-mercado esbatendo as fronteiras entre o sector público e privado. A ideia de

quase-mercado é utilizada para significar que são utilizados mecanismos de tipo de mercado como os preços e que se procura tomar os serviços públicos mais idênticos aos do sector privado nomeadamente no que se refere à eficiência, escolha, responsabilização e qualidade (Ferlie, Pettigrew, Ashburner e Fitzgerald, 1996). Segundo Appleby (1998), são as considerações de ordem económica, em particular a crença no poder dos mecanismos de mercado, que proporcionam o conjunto de incentivos que conduzem à procura da eficiência.

A reforma do sistema de saúde parte da premissa de que o aumento da concorrência entre serviços prestadores de cuidados de saúde irá criar pressões competitivas, tal como num mercado, de forma a promover uma melhor utilização de recursos e a proporcionar melhores serviços para os cidadãos. As forças da concorrência são o agente de mudança que irão conduzir à eficiência do sistema. Este quase-mercado é constituído por quatro tipos de participantes (Lei nº 27/2002 Artº 100): hospitais do Sector Público Administrativo, hospitais de natureza empresarial, hospitais SA e hospitais privados. A contratualização é o processo fundamental que permite criar uma estrutura na qual é possível desenvolver uma lógica de mercado.

Fig. 4 -Novo Modelo de Financiamento do SNS



ARS – Administração Regional de Saúde

IGFIS – Instituto de Gestão Financeira da Saúde

A forma de financiamento deixa de se basear exclusivamente no orçamento de Estado sendo feito através da prestação de facto dos cuidados de saúde definidos por contrato com o SNS (princípio da separação entre financiador e prestador do serviço). Os actos médicos serão pagos de acordo com uma tabela de preços. O orçamento de cada hospital será calculado com base na realização de determinado número de cirurgias, consultas ou atendimento. Significa que o governo vai criar um 'mercado' com os preços fixados numa tabela que representa o custo fixo para cada um dos cuidados de saúde. Paralelamente vai ser criada uma entidade reguladora que modere e regule o funcionamento deste 'mercado', através da transferência de poderes detidos pelo governo, mas cujos contornos ainda não estão definidos (Público, 03/01/13). As ARSs passam a ver o seu papel reforçado pois é por seu intermédio que se processa a contratualização.

Para que o modelo esteja mais próximo de um 'mercado' a reforma prevê que a procura de cuidados de saúde por parte dos cidadãos seja livre em todo o território podendo estes optar pelo hospital no qual pretendem ser tratados. Espera-se que, com a liberdade de escolha por parte dos cidadãos, existam pressões do lado da procura no sentido da maior qualidade dos serviços prestados. Na verdade, os actuais utentes dos sistemas de saúde apresentam características que diferem substancialmente daquelas que existiam aquando da criação do SNS: a subordinação cultural dos doentes é menor. Actualmente os cidadãos e utentes dispõem de mais capacidades e recursos e muitos estão organizados. Eles são mais exigentes, o que certamente terá um efeito importante no relacionamento com os hospitais.

Simultaneamente a esta alteração institucional a gestão dos hospitais será flexibilizada pela introdução de novos métodos e técnicas de gestão privada. A empresarialização dos hospitais e a criação de hospitais SA representa a tentativa de introduzir uma estrutura de gestão na qual se enfatiza o controlo dos custos, produtividade, flexibilidade, autonomia de gestão, e a responsabilização pelos resultados. Está previsto o alargamento do modelo de gestão de tipo empresarial aos hospitais que vão permanecer no Sector Público Administrativo.

Aparentemente a reforma introduz uma gestão profissional das unidades de saúde com maior separação da actividade clínica. Esta intenção parece clara no que concerne à promoção de uma nova cultura de organização ao abrir a gestão dos hospitais a profissionais da gestão, muitos oriundos de outras actividades conforme declarações do Ministro da Saúde (Expresso, 03/01/03). Se este objectivo será conseguido ou não o

tempo o dirá pois a experiência de outros países mostra que a empresarialização criou uma arena para a protecção e o reforço do poder dos profissionais de saúde. Em alguns países a transformação dos hospitais do Sector Público Administrativo em entidades autónomas criou condições para a consolidação do poder dos clínicos pois estes procuraram obter formação em gestão e passaram a ocupar lugares de gestão. Com a nova lógica de gestão que atribui maior liberdade aos gestores a nova classe de gestores médicos passou ter maior controlo sobre os recursos e sobre as outras classes de profissionais. (Cheung, 2002).

Em síntese, o paradigma gestor que está a ser introduzido em Portugal assenta em três vectores principais: a racionalidade económica, a gestão por objectivos e os indicadores de desempenho. O modelo emergente combina o aumento da confiança no mercado e a gestão descentralizada, procurando desta forma garantir maior escolha, melhor comunicação e a melhoria da eficiência do SNS.

Desafios e problemas do novo modelo

Um dos problemas fundamentais no modelo de contratação consiste na identificação dos custos das actividades e na poupança que é possível realizar. Devido à natureza complexa de determinadas actividades toma-se difícil identificar o custo verdadeiro dos serviços prestados pois muitas vezes não é possível identificar as relações que existem entre vários factores. Por exemplo, factores como a dimensão da unidade hospitalar, a tecnologia disponível e a sua localização podem influenciar a estrutura de custos. Só é possível identificar todos os custos directos se for possível identificar as fontes ou se existir um custeamento baseado nos custos de actividades. A aplicação de uma tabela de preços vai levantar dificuldades nos casos em que existam diferenças significativas na estrutura de custos.

Mas a redução de custos que se pretende com este modelo pode não ser claro pois os custos directos poupados podem ser contrabalançado por custos adicionais de contratação que podem ser substanciais. O recurso à contratação tem custos elevados geralmente associados com a negociação e elaboração dos contratos e a sua monitorização. Estes custos têm maior significado quando analisados no seu contexto, e variam com o grau de detalhe exigido no contrato.

Naturalmente que os contratos são fáceis de elaborar quando é fácil especificar qual é a actividade ou tarefa a contratar, como vai ser avaliada e o que é considerado bom desempenho. A concorrência será mais provável quando exista um mercado. Estas condições verificam-se com maior frequência nos serviços de apoio e auxiliares e em áreas operativas. Segundo Brookfield (1994) a contratação só é eficiente naqueles serviços para os quais há fronteiras funcionais claramente definidas como por exemplo: catering, limpeza e outros serviços de apoio. Mas, do ponto de vista da eficiência é apropriado criar condições para que exista concorrência entre hospitais que podem oferecer alternativas para um conjunto de especialidades. Contudo, a verdadeira concorrência dificilmente será conseguida sem a duplicação de actividades. Para este autor a "verdadeira concorrência, sem duplicar serviços e despropositadamente duplicar actividades e desperdiçar recursos é difícil de alcançar em virtude dos hospitais só poderem concorrer se oferecerem economias contratuais" (1994:21).

Associado à contratação está o estabelecimento de um sistema eficaz de monitorização dos contratos de forma a garantir o cumprimento dos objectivos e das condições contratuais. A questão que se coloca consiste em saber se o Estado será capaz de responder às exigências em termos de supervisão e regulação que o novo modelo impõe. Se olharmos para as experiências anteriores como por exemplo o Hospital Fernando Fonseca cujo modelo jurídico se baseia no contrato de gestão previsto no Estatuto do SNS de 1993, houve grande dificuldade por parte da Administração Pública em acompanhar a implementação deste modelo. A modalidade da introdução de instrumentos de gestão privada utilizada posteriormente na experiência do Hospital de São Sebastião em Santa Maria da Feira na ou Unidade Local de Saúde de Matosinhos falhou no que respeita ao modelo de regulação e fiscalização. Este modelo apesar de estar bem elaborado foi ineficaz pois as comissões de fiscalização nunca foram nomeadas, as comissões de acompanhamento reuniam esporadicamente. O Estado preocupou-se em aprovar leis (estado normativista) mas não se preocupou com o processo subsequente de estudar os problemas e criar os mecanismos efectivos de acompanhamento da actividade e exercer o papel de fiscalizador do cumprimento do contrato (Estado regulador) (Observatório Português do Sistema de Saúde, 2002). De acordo com alguns autores a experiência da introdução dos modelos da nova gestão pública em países em que não há uma cultura de gestão e uma cultura de rigor favorece o aparecimento de situações que desvirtuam os objectivos centrais destes modelos (Turner e Hulme, 1997).

A introdução de novos modelos de gestão não é uma panaceia que por si só vai resolver os problemas actuais do sistema de saúde. Para além dos problemas já referidos atrás, o desafio consiste em desenvolver novas práticas e formas de abordar os problemas que promovam a colaboração activa entre gestores e profissionais. Esta é uma questão que se coloca quer aos hospitais que fazem parte do Sector Público Administrativo quer aos hospitais que são transformados em sociedades anónimas de capitais públicos. A experiência da introdução do modelo de gestão do sector privado mostra que este desenvolve uma grande pressão sobre o pessoal e os gestores. O modelo gestor introduz novos valores que podem entrar em conflito com princípios dos profissionais de saúde. Por exemplo, a preocupação com a eficiência e a economia e a imposição de custos pode colidir com a prestação de cuidados médicos de acordo com determinados princípios deontológicos. Em virtude das diferentes racionalidades entre gestores e profissionais é necessário encontrar um equilíbrio entre eles, que promova um espírito de cooperação e colaboração. Contudo, a dinâmica que se estabelece entre os gestores e os profissionais é considerada por alguns autores como dicotómica, defendendo que há uma tensão entre o papel do gestor e o papel do profissional. Os primeiros têm preocupações de índole organizacional e os segundos têm preocupações de índole profissional. Há estudos que mostram que existe uma relação complexa entre estas duas actividades em que os indivíduos procuram trabalhar com os valores subjacentes a estes dois grupos (Hewison, 2002). Constituiu um desafio importante mudar o estilo de liderança e desenvolver novas competências de gestão que reforcem o papel dos gestores como um orientador, facilitador, que procure encontrar soluções para os problemas, em conjunto com os profissionais. Mas há estudos que mostram que o impacto da contratação se traduziu na criação de um pequeno grupo de gestores bem pagos que colocou grande pressão nos profissionais de saúde e no pessoal administrativo. A flexibilidade foi conseguida com prejuízo da segurança do trabalho, da estabilidade de emprego e do ânimo. Muitos profissionais abandonaram a carreira pedindo a antecipação da reforma ou procurando emprego noutros países (Maddock e Morgan, 1998). Neste caso, a mudança do sistema de gestão, que procurava obter ganhos de eficiência através de um estilo de gestão mais incisivo teve um efeito perverso.

As orientações da actual reforma do SNS no que respeita às questões de natureza financeira são claras com a imposição da redução das despesas para 2003 entre 25% e 40% para os hospitais de natureza empresarial havendo também orientações para a

redução de custo nos hospitais SA e nos restantes hospitais (Expresso, 03/03/01). A este respeito Maddock e Morgan (1998) salientam que o ambiente resultante da contratação cria um cenário de ‘Alice no país das Maravilhas’ em que se espera que aqueles que têm menos poder sejam estrategas, inovadores, responsáveis e colaborem, enquanto que o governo os controla com critérios de desempenho financeiro que não medem este tipo de trabalho. Paralelamente pede-se aos gestores dos hospitais que reforcem o seu controlo sobre o pessoal, reduzam os gastos financeiros e aumentem os resultados e a eficiência. Estas medidas são insensíveis à diversidade dos estabelecimentos hospitalares, à sua evolução estratégica e aos utentes. A resposta das organizações tendem a orientar-se mais pelas questões financeiras e comerciais e menos pelos valores sociais.

Por fim, a actual reforma está a actuar em simultâneo em dois níveis o que vai originar graves dificuldades na sua implementação. A nível intra-organizacional através da alteração do modelo de gestão na qual se procura introduzir novas técnicas de gestão, e novos valores que regulem o funcionamento dos hospitais. No entanto muitos hospitais não estão preparados para implementar estas mudanças: a sua estrutura e modelo de funcionamento não está ajustado e o pessoal necessita de desenvolver novas competências. A nível inter-organizacional haverá uma alteração no modelo de relacionamento dos hospitais com a entidade financiadora do sistema, que passam a relacionar-se numa perspectiva ‘tipo comercial’ o que torna imperioso novos mecanismos de monitorização e controlo. De realçar que noutros países a introdução da contratualização no sector da saúde foi precedida da reforma do modelo de gestão e em particular do modelo de gestão financeira (Lapsley, 1994). No caso português estas medidas estão a ser implementadas de uma só vez, numa perspectiva normativista, sem estarem ainda criados os mecanismos adequados de acompanhamento e preparadas as entidades que vão exercer o papel fiscalizador e regulador do sistema.

Conclusão

A reforma em curso constitui um enorme desafio pois representa uma mudança radical na estruturação do SNS e no modelo de gestão. Ela rompe com o modelo tradicional de

administração introduzindo uma nova abordagem que se orienta pelos resultados e que promove os valores da eficiência e da economia. Por outro lado introduz mecanismos que visam impor maior rigor no funcionamento do sistema.

Se é verdade que a empresarialização dos hospitais e a contratualização da gestão oferece a oportunidade para a adopção de estilos de gestão mais flexíveis e empreendedores, estas mudanças vão ter profundas implicações no funcionamento dos hospitais. O serviço público de saúde necessita de diversidade, concorrência, rapidez de resposta e o conhecimento sistemático dos custos e das necessidades da população. Mas também é importante que estes actores colaborem entre si através outros mecanismos de colaboração sob a supervisão do governo. Esta tarefa não se afigura fácil porque ainda há um longo caminho a percorrer.

Bibliografia

- Appleby, John, 1998, "Economic Perspective on Markets and Health care", in Wendy Ranade (ed.), Markets and Health Care, Longman, London.
- Araújo, Joaquim Filipe Ferraz Esteves de, 1998, "Hierarquia, Mercado e *Networks*: Mudança Institucional, Controlo e Avaliação no Reino Unido" in A A valiação na Administração Pública, Acta geral do 10 Encontro INA, Lisboa.
- Araújo, Joaquim Filipe Ferraz Esteves de, 2000, "Hierarquia e Mercado: a experiência recente da administração gestonária", in Moderna Gestão Pública, Acta Geral do 2º Encontro INA, Lisboa.
- Araújo, Joaquim Filipe Ferraz Esteves de, 2002, Gestão Pública em PortUgal: Mudança e Persistência Institucional, Quarteto, Coimbra.
- Brookfield, Davis, 1994, "Contracting for Services and Limits to Managed Competition" in Journal of Management in Medicine, Vol. 8, N. 2, pp. 17-23.
- Cheung, Anthony B.L., 2002, "Modernizing Public Healthcare Governance in Hong Kong: A case study of Professional power in the New Public Management", in Public Management Review, Vol. 4, N° 3, pp. 343-366.
- Clarke, J e Newman, J., 1997, The Managerial State, Sage Publications, London.
- Decreto-lei nº 292/2002 de 10 de Dezembro.
- Delgado, Manuel, 2002, "Cenários, problemas e soluções" in Cadernos de Economia, Outubro.
- Doolin, Bill, 2001, "Doctors as Managers: New Public Management in a New Zealand Hospital", in Public Management Review, Vol. 3, N. 2, pp. 231-254 *Económica Pura*, Outubro, 2002.
- Expresso, 03/01/03.
- Expresso, 03/03/01.
- Ferlie, Ewan, Pettigrew, Andrew, Ashburner, Lynn e Fitzgerald, Louise, 1996, The New Public Management in Action, Oxford University Press, Oxford.

- Harrison, Anthony, 1993, "Introduction" in Anthony Harrison, (ed.), From Hierarchy to Contract, Policy Journals, Newbury, pp. 1-13.
- Hewison, Alistair, 2002, "Managerial values and rationality in the UK national health service", in Public Management Review, Vol. 4, N. 4, pp. 549-579.
- Hood, Christopher, 1991, "A Public Management for all Seasons?" in Administration, Vol. 69, 3-19.
- Jordan, Grant, 1992, Next Steps Agencies: From Managing by Command to Managing by Contract?, Aberdeen Papers W 6, University of Aberdeen.
- Kickert, W.J.M. and Koppenjan, J.F.M., 1997, "Public Management and Network Management: An Overview", in Kickert, Walter J. M., Klijn, Erik-Hans and Koppenjan, J.F. M., Managing Complex Networks: Strategies for the Public, Sage Publications, London, pp. 36-61.
- Lapsley, Irvine, 1994, "Market Mechanisms and the Management of Health Care: The UK Model and Experience" in International Journal of Public Sector Management, Vol. 7, N. 6, pp. 15-25.
- Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro.
- Maddock, Su e Morgam, Glenn, 1998, "Barriers to transformation: Beyond bureaucracy and the market conditions for collaboration in health and social care", in International Journal of Public Sector Management, Vol. 11, N. 4, pp. 234-251.
- Newman, J. e Clarke, J., 1994, "Going about Our Business? The Managerialization of Public Services" in J. Clarke, A. Cochrane e E. McLaughlin (eds.), Managing Social Policy, Sage Publications, London.
- Observatório Português do Sistema de Saúde, 2002, O Relatório de Primavera 2002 "O estado da Saúde e a saúde do Estado", Lisboa.
- Pollitt, Christopher; Bathgate, Karen; Summelen, Amanda e Talbot, Colin, 2000, "Agencies: A Test Case for Convergence?", Comunicação apresentada na Fourth International Symposium on Public Management, 10-11 Abril, Roterdão, Holanda.
- Público, 03/01/13.
- Ranade, Wendy, 1998, "Reforming the British National Health Service: all change, no change?" in Wendy Ranade (ed.), Markets and Health Care, Longman, London.
- Turner, Mark e David Hulme, 1997, Governance, Administration & Development, London: MacMillan.
- Walsh, Kieron, 1995, Public Services and the Market Mechanisms: Competition. Contracting and the New Public Management, MacMillan, London.
- Wilson, Donna M., 1999, "Public and private health-care systems: what the literature says" in Canadian Public Administration, Vol. 44, N. 2, pp. 204-231.
- Wilson, E. e Doig, A., 1996, "The Shape of Ideology: Structure, Culture and Policy Delivery in the New Public Sector", Public Money & Management, Vol. 16, N. 2, pp. 53-61.